

L'ANESTHÉSIE LOCALE EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 25 JUIN 1943

par

Louis DEIXONNE

Né le 25 Mars 1915, à Narbonne (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		ETIENNE, professeur.		
		ROUX, agrégé.		
		CADERAS DE KERLEAU, agrégé.		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

L'Anesthésie Locale en Gynécologie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ANESTHESIE LOCALE EN GYNECOLOGIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 25 JUIN 1943

par

Louis DEIXONNE

Né le 25 Mars 1915, à Narbonne (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>président</i> . ETIENNE, professeur. ROUX, agrégé. CADERAS DE KERLEAU, agrégé.	{	Assesseurs.
---------------------------	---	--	---	-------------

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique . . .	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{re} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . .	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N . . .
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie. MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tu-
Microbiologie. CARRERE, <i>agrégé</i> .	berculose. VIDAL, <i>professeur</i>
Histoire nat. méd. HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg. MOURGUE-
Pharmacologie. HARANT, <i>agrégé</i> .	MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic. BOUCOMONT, <i>agr.</i>	— — TRUC, <i>agrégé</i> .
— — BERT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine opératoire ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique interne PUECH, <i>profess.</i>	Accouchements. CADERAS
Clinique des mala-	de KERLEAU, <i>agr.</i>
dies contagieuses. JANBON, <i>profess.</i>	Stomatologie. HOUPERT, <i>Dr en Méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine. P. RIMBAUD.	Chirurgie. MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	— ROUX.
Chimie. MONNIER.	Urologie. TRUC.
Bactériologie. CARRERE.	Accouchements CADERAS
Histoire nat. méd. HARANT.	de KERLEAU.



Je dédie ce travail...

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Le profond souvenir qu'il
m'a laissé rend vive la douleur
qu'il ne soit pas auprès de moi
en ce jour.*

A MA MERE

*A qui je dois beaucoup de
tout mon patrimoine matériel,
intellectuel et moral.*

*En témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A MA FEMME

A MA SŒUR

ET MON BEAU-FRERE JEAN POTALES

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

*Qui m'a suggéré l'idée de ce
travail et qui a bien voulu me
faire le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de ma
thèse.*

*Hommage de respectueuse
reconnaissance.*

A MES JUGES

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITE
DE CARCASSONNE

A TOUS CEUX

*Qui par le cœur et l'esprit
m'ont aidé durant mes études
médicales.*

A CEUX DE MES CHERS MALADES

*Qui par leur confiance et
leur reconnaissance m'ont don-
né les plus grandes joies de ma
jeune vie médicale.*

A MES CAMARADES DU 250^e R. I., 3^e BATAILLON
MORTS POUR LA FRANCE

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE

L'Anesthésie Locale en Gynécologie

INTRODUCTION

Depuis l'avènement de la rachi-anesthésie, qui par ses avantages, suppléa indiscutablement aux inconvénients de l'anesthésie générale par inhalation, l'anesthésie locale s'est vue, et à juste titre, reléguer au second plan.

Si nous reprenons aujourd'hui l'étude de l'anesthésie locale dans les grandes opérations gynécologiques, c'est qu'une récente publication de notre Maître M. le professeur Aimes nous y a incités. Il en résulte que ses indications, quoique restreintes, n'en gardent pas moins toute leur valeur.

Le choix de l'anesthésie est, sans aucun doute, le premier et un des plus importants soucis du chirurgien avant de procéder à une intervention. Dans la gamme des anesthésiés dont on dispose à l'heure actuelle et que nous classerons grossièrement en anesthésie générale par inhalation ou par injection intraveineuse, rachi-anesthésie et l'anesthésie locale, le choix doit être guidé par les données obtenues par le bilan pré-opératoire d'une part, par l'importance et la durée présumée de l'intervention d'autre part, et finalement il est fonction même de l'affection contre laquelle le chirurgien se propose de lutter.

Nous n'allons pas insister sur les contre-indications bien connues et bien définies de l'anesthésie générale qui, bien que constituant les meilleures conditions opératoires pour le chirurgien, n'est pas exempte de danger pour le malade, surtout si celui-ci présente quelque affection cardiaque, hépatique, pulmonaire ou rénale, même si cette affection paraît être relativement anodine.

L'anesthésie par voie rachidienne présente dans tous ces cas des avantages considérables, n'exerçant aucune action néfaste directe sur les principaux organes de l'économie.

Il devient d'ores et déjà évident que le nombre des cas destinés à bénéficier de l'anesthésie locale, est extrêmement restreint.

Les indications de cette anesthésie découlent des contre-indications de l'anesthésie générale et de la rachianesthésie et on pourrait presque croire que l'anesthésie locale n'est alors qu'un pis-aller. Il n'en est rien: L'anesthésie locale rend, dans beaucoup d'interventions abdominales portant sur l'estomac, le foie et l'intestin, d'inestimables services, et elle conditionne, dans certaines affections gynécologiques, le succès même de l'intervention.

Les deux observations que nous rapportons et que nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. le professeur Aimes, en sont un frappant exemple, ainsi que celle du docteur Cathala, chirurgien-chef des Hôpitaux de Carcassonne. Nous allons nous efforcer de démontrer la place que peut occuper l'anesthésie locale dans les interventions gynécologiques.

Après un succinct historique de la question, nous aborderons la question des avantages et inconvénients

de la méthode. Nous traiterons ensuite ses indications et contre-indications, pour terminer par un court exposé de la technique qui varie d'ailleurs selon les auteurs.

N'ayant que trois observations pour appuyer nos considérations, nous ne sommes pas en mesure de tirer des conclusions des résultats obtenus. Mais dans la littérature, surtout étrangère, nous avons pu recueillir plusieurs publications sinon identiques, du moins semblables qui, de concert avec celles que nous rapportons, plaident en faveur de la valeur de l'anesthésie locale dans certaines interventions gynécologiques, interventions effectuées surtout sur des malades dont l'état de santé s'oppose formellement à l'emploi d'une autre méthode d'anesthésie.

HISTORIQUE

On ne peut guère parler d'anesthésie locale efficace avant l'emploi de la cocaïne. Avant l'ère de la cocaïnisation, on s'ingéniait à mettre en œuvre différents procédés plus ou moins empiriques, basés sur quelques expériences, mais surtout dus aux découvertes faites au hasard. C'est ainsi qu'au début on croyait enrayer la douleur locale en comprimant le faisceau sensitif innervant telle ou telle autre région ou en pratiquant des applications de froid ou en injectant un hypnotique, par exemple la morphine, dans le nerf que l'on supposait responsable de la douleur perçue.

En 1855, Scherzer a, le premier, constaté les vertus analgésiantes des feuilles de coca sur la langue après mastication. Mais c'est en 1884, que Koller, médecin viennois, put effectuer une intervention sur l'œil sans provoquer de douleur, chez un malade à qui il a instillé quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 %.

Ainsi l'anesthésie locale était née. Mais dès le début de son emploi on n'ignorait pas que la cocaïne était aussi un poison redoutable, et elle pouvait provoquer des catastrophes tellement nombreuses que Germain Sée, alors professeur de thérapeutique, proscrivait à tout jamais l'emploi de cette substance.

Pendant une dizaine d'années, la méthode marqua alors le pas : on était arrivé à un point mort. On avait tiré de la technique tout ce qu'elle pouvait donner en sécurité et en précision et malgré des prodiges d'économie, malgré le recours à des solutions très étendues,

mais sans cesser d'être analgésiantes, le « matériel insensibilisateur » était vraiment trop exigü pour permettre d'aborder plus que des interventions petites ou moyennes. La méthode n'aurait jamais franchi ces étroites limites si la chimie n'était venue à son secours en fournissant des substances aussi actives et moins toxiques que la cocaïne.

Fourneau créa la stovaïne; peu après apparut la novocaïne. Ces substances, à dose et à solution égales, sont, l'une deux fois, l'autre quatre fois moins dangereuses que la cocaïne. Et comme en anesthésie, la sécurité prime tout, on remplaçait la cocaïne définitivement par la stovaïne et la novocaïne.

Mais ce n'était pas sans regret car la cocaïne étant vaso-constricteur, il paraissait dur de voir de nouveau, au cours des interventions, les tissus voilés par une nappe sanguine exactement comme dans les opérations sous-anesthésie au chloroforme.

C'est alors que vint un nouveau succès de la chimie. Le professeur Moure, de Bordeaux, proposa d'ajouter aux anesthésiques usuels, l'adrénaline, qui avait une incroyable puissance vaso-constructive. Désormais, grâce à elle, la novocaïne et la stovaïne devenaient, non plus des égaux, mais les supérieurs incontestables du vieil anesthésique que fut la cocaïne.

De très faibles solutions fournissaient un matériel analgésique considérable et là où, avec la cocaïne, on ne pouvait sans danger dépasser la dose de 0,20, on pouvait, avec la novocaïne, atteindre celle de 0,80.

Par conséquent, l'emploi de l'anesthésie locale a pu être étendue à des grosses opérations et notamment à des opérations abdominales.

Ce fut Braun, en 1905, qui, dans son livre sur les anesthésies locales, ses bases scientifiques et son application pratique, insista, le premier, sur l'opportunité de cette anesthésie dans les grandes interventions abdominales. En ce qui concerne les interventions gynécologiques, il envisageait déjà la possibilité de se servir de l'anesthésie locale, bien que la plupart des praticiens de l'époque étaient d'un avis contraire, préférant, à cause du psychisme particulier des malades en gynécologie, la suppression de la conscience.

En 1914, Schwarz fit une communication très intéressante qui fut rapportée à la Société de Chirurgie quelques mois plus tard par Reclus, sur l'anesthésie locale en chirurgie abdominale. Depuis, de nombreuses interventions abdominales graves ont été pratiquées sous-anesthésie locale. Cependant si celle-ci fut habituellement utilisée en chirurgie gastro-intestinale et hépatique, son champ paraissait plus limité en gynécologie haute, et, comme le disait Thiery, l'extirpation d'un kyste de l'ovaire bien mobile constitue le type de la « grande opération » que l'on peut tenter.

Cependant Falls, en 1930, a pu faire 54 grosses et 88 petites opérations gynécologiques sous-anesthésie locale, renforcée par la scopolamine et la morphine.

Depuis, des nombreux auteurs, surtout à l'étranger, ont préconisé l'anesthésie locale en gynécologie. Bertola a fait, en 1939, une communication dans la *Prensa Medica d'Argentine*, sur l'anesthésie locale et régionale dans les interventions gynécologiques par laparotomie, communication surtout intéressante par une mise au point parfaite de la technique à suivre.

Dernière en date, vient la publication que notre Maître M. le professeur Aimes a faite à la Société des Sciences

médicales et biologiques de Montpellier, en février 1942, dans laquelle il s'agit d'une intervention gynécologique importante et grave, exécutée sous-anesthésie locale et suivie d'un succès opératoire immédiat et tardif indiscutable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

due à l'obligeance de M. le Professeur Aimes.

Mlle C. E..., âgée de 62 ans, commence à accuser, en avril 1941, des troubles dyspeptiques suivis d'une augmentation de volume du ventre. Elle maigrit de 14 kilos en moins de deux mois, présente une anorexie très marquée, des vomissements, de l'asthénie, puis des douleurs dans l'hypocondre gauche.

Examinée le 21 mai 1941, elle présente une ascite très abondante, tendue, à développement rapide (son volume a doublé en quinze jours).

Le toucher vaginal révèle la présence d'une masse dure, irrégulière, paraissant fixée, avec sensation de glaçon, dans le cul-de-sac gauche: il s'agit manifestement d'un néoplasme de l'ovaire gauche.

La malade est très affaiblie, dyspnéique, sa voix est cassée; la moitié inférieure des deux poumons est atteinte de congestion massive; le pouls est petit et rapide. Elle est hydratée par des injections de sérum et reçoit des toni-cardiaques.

Le 24 mai 1941, sous-anesthésie locale, l'ascite est évacuée et on aperçoit un cancer de l'ovaire gauche du volume du poing, une greffe néoplasique sur la face antérieure de l'utérus, et, à droite, un kyste de l'ovaire du volume des poings entouré de masses dendritiques extra-kystiques peu adhérentes.

Ce kyste est d'abord enlevé et il devient facile de pratiquer une hystérectomie totale qui permet de déceler sans difficultés la masse gauche. L'opération a pu être conduite très rapidement; elle est bien supportée et les suites n'ont été marquées par aucun incident. Un traitement radiothérapique complémentaire a été fait à la clinique Curie.

Examen histologique (professeur Grynfeldt): « L'examen histologique confirme qu'il s'agit bien d'une tumeur maligne. Histologiquement, on peut la caractériser comme un épithélioma pflugérien.

C'est un épithélioma car il est formé par des végétations massives qui, dans la profondeur, infiltrent la trame conjonctive du stroma de leurs prolongements effilés et irréguliers.

Les éléments qui constituent ces végétations sont de deux formes:

1° Les plus nombreux sont de petites cellules sombres polyédriques par pression réciproque, à gros noyau arrondi et très fortement chromatique, entouré d'une mince coque de cytoplasme basophile;

2° De grandes cellules claires, sphériques, toujours entourées de cellules sombres et qui, en aucun point, ne viennent au contact du stroma.

Ce dimorphisme cellulaire rappelle les cordons de Pfluger, avec ses cellules germinatives et ses ovocytes. Les petites cellules sombres sont assimilées aux cellules germinatives, et les grandes cellules claires ovocytes, dont ils rappellent la forme et les dimensions ainsi que leur agencement par rapport aux petites cellules, mais dont le noyau ne présente cependant pas les structures caractéristiques de celui des ovocytes.

La malade a engraisé considérablement après son opération; elle n'a éprouvé aucun trouble jusqu'au début de 1943; à cette date, l'ascite s'est reformée, elle a disparu sous l'influence d'un traitement radiothérapique.

OBSERVATION N° II

(due à l'obligeance de M. le professeur Aimes)

Mme M..., Marie, âgée de 79 ans, entre dans le service le 8 février 1942, envoyée par un service de médecine générale, où elle avait été hospitalisée pour hémiplégie. Depuis une quinzaine de jours, cette malade est en sub-occlusion et l'examen aurait montré l'existence d'un blocage pelvien par une masse volumineuse très dure. Depuis son arrivée dans le service de chirurgie, la sub-occlusion a cédé et la malade a présenté une débâcle diarrhéique.

Examen: L'abdomen est flasque et légèrement ballonné. La palpation permet de reconnaître, à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, une masse arrondie du volume d'une noix de coco, extrêmement dure, mobile dans tous les sens, se séparant facilement du foie et donnant un léger contact lombaire. Il semble qu'on puisse reconnaître le cæcum à la face externe de la masse.

Au toucher vaginal: Vagin sénile, atrésique, infundibuliforme; on ne reconnaît ni corps ni col utérin; le doigt vaginal ne mobilise pas la masse précitée. Le rectum bombe, rempli de matières pâteuses.

L'examen radiologique montre, dans le flanc droit, une masse arrondie du volume de deux poings, à contours précis et réguliers, à opacité nuageuse. On l'interprète comme une tumeur calcifiée du cæcum.

Intervention le 10 février 1942.

Anesthésie locale très bonne.

Incision iliaque droite. Section de l'aponévrose du grand oblique. Section du petit oblique et du transverse. Ouverture du péritoine. Le doigt atteint facilement la masse qu'avait révélée l'examen clinique. Le cæcum se trouve à la face externe de la masse, dont il est complètement indépendant. La dernière anse iléale passe au-dessus de la tumeur.

Afin de reconnaître la situation et les rapports de la tumeur, on agrandit l'incision vers le haut et vers le bas. La main introduite dans l'abdomen reconnaît alors que cette masse est libre, ne présentant qu'un pédicule inférieur. Il s'agit d'un gros fibrome utérin calcifié remarquablement mobile. L'incision est alors agrandie vers le bas (16 centimètres en tout) et l'on arrive à accoucher la tumeur, grâce à l'hypotonie de la paroi et à la mobilité de la masse. On reconnaît que l'hystérectomie est praticable par cette voie. Après infiltration du pied de la tumeur, on pratique une hystérectomie totale après avoir pincé et lié les ligaments infundibulopelviens, les ligaments ronds, les artères utérines. On termine par une péritonisation très satisfaisante. Fermeture du péritoine par un surjet. Reconstitution du petit oblique et du transverse par des points en X. Surjet sur le grand oblique. Sur la peau, crins passés à la Lawson-Tait et liés sur des compresses. Suites normales d'abord, mais la malade est emportée par une broncho-pneumonie le 9 mars 1942.

OBSERVATION N° III

(due à l'obligeance du docteur Cathala)

Mme M..., 72 ans, est prise brusquement, le matin du 1^{er} avril 1940, de douleurs abdominales très violentes avec sensation de torsion et vomissements. Pas de fièvre. Cette malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents.

Depuis quelques mois, elle s'essouffle facilement à l'effort, et depuis longtemps, c'est-à-dire depuis plusieurs années, elle a un ventre volumineux.

Le médecin, appelé l'après-midi, constate une tumeur abdominale qui déborde largement l'ombilic, du volume d'une grossesse de sept mois. Cette tumeur est bosselée, de consistance rénitente, peu mobile, douloureuse sur toute son étendue, en relation avec le col utérin. Pas de contracture pariétale.

Par ailleurs, cœur atteint de myocardite avec arythmie. Pouls à 100.

Quelques râles de stase aux bases pulmonaires.

Urines normales.

Diagnostic: Fibrome utérin compliqué de torsion ou d'hémorragie.

Opération sous-anesthésie locale. Laparotomie qui permet d'extérioriser un très gros fibrome non tordu, multilobé. Une masse grosse comme un poing s'insère largement sur le côté gauche.

Hystérectomie subtotale simple. L'intervention a été très bien supportée. Les tiraillements provoquèrent quelques plaintes de la malade. La section utérine fut indolore.

Suites simples. Le fibrome pesait 3 kilogrammes, et il n'y avait pas de foyer hémorragique. Il fut impossible de trouver la cause évidente des accidents douloureux qui motivèrent l'opération.

AVANTAGES

Il est hors de doute que c'est l'anesthésie locale qui comporte la mortalité la plus faible. Depuis qu'à la cocaïne en solutions concentrées, ont été substituées définitivement des solutions étendues des agents moins toxiques (stovaïne, novocaïne, néocaïne, scurocaïne, etc...), les cas de mort dus à l'anesthésie locale ont disparu de la pratique chirurgicale. La rareté extrême des morts par narcose (chloroforme 1 pour 2.000, éther 1 pour 5.000) peut faire paraître négligeable cet avantage. Il suffit pourtant d'avoir perdu un opéré par anesthésie générale au cours d'une intervention insignifiante pour changer d'avis.

Indépendamment des morts immédiates, la narcose entraîne des accidents tardifs qui doivent entrer en considération plus que la mort immédiate, parce que plus fréquents : complications pulmonaires, causées ou favorisées par l'éthérisation ; altération du foie ou des reins par l'éther et surtout par le chloroforme. La dégénérescence aiguë du foie et des reins est souvent confondue avec le shock ou l'infection post-opératoire. Il n'est pas douteux qu'il y a des malades que, seule, l'anesthésie locale, en évitant l'intoxication totale de l'anesthésie générale et ses séquelles viscérales, est capable de sauver. C'est le cas de ces vieillards atteints d'étranglement herniaire et dont ni les poumons ni le cœur ne tiendraient le coup. C'est surtout celui de ces femmes obèses, de celles « dont la poitrine, disait Reclus, déborde sur le ventre et le ventre sur les cuisses », à myocarde adipeux, dyspnéiques, chez qui il faut faire

une opération abdominale; c'est aussi le cas de vieilles femmes asthéniques, hypotendues, amaigries et anorexiques chez lesquelles une intervention s'impose.

Tous les accidents tardifs sont supprimés avec l'anesthésie locale, dont l'emploi n'exerce aucune influence néfaste sur les principaux viscères de l'organisme, quel que soit leur état de santé.

Un autre point non moins important, c'est la diminution et même la suppression du shock opératoire. C'est une telle supériorité que cela peut devenir une indication à choisir, surtout pour les grandes opérations, pour celles où précisément nous redoutons le shock.

L'anesthésie locale réalisant une véritable section physiologique des nerfs, supprime cette influence sur les centres nerveux.

L'anesthésie locale a l'avantage de donner à l'intervention des facilités, en débarrassant la place et en supprimant l'anesthésiste et son appareillage, en permettant à l'opérateur de faire prendre au sujet toutes les positions nécessaires. C'est la coopération active du malade avec l'opérateur.

En dernier lieu signalons que l'anesthésie locale favorise une hémostase soignée et, partant, l'opération gagne en netteté.

Peut-on prétendre en face de ces considérations que l'anesthésie locale présente des avantages particuliers dans le domaine de la gynécologie, où règne en souveraine la rachi-anesthésie?

Il est certain que la rachi-anesthésie englobe déjà une grande partie des avantages de l'anesthésie locale par rapport à l'anesthésie générale. Mais il existe des cas, comme ceux dont nous rapportons les observations, où

les faibles inconvénients de la rachi-anesthésie, à savoir qu'elle abaisse la tension artérielle par exemple, constituent un avantage de plus au bénéfice de l'anesthésie locale.

Toutefois, il nous semble, que l'anesthésie locale ne présente, en gynécologie, que des avantages d'ordre tout à fait général, n'ayant pas de rapport direct avec la nature de l'affection. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'intervention sur le périnée, on peut affirmer à l'heure actuelle, surtout à la suite des travaux de Bertola, que l'anesthésie locale y doit être considérée comme méthode de choix.

INCONVENIENTS

Une des principales objections faites à l'anesthésie locale, c'est que celle-ci fait perdre du temps. Il faut compter de 5 à 15 minutes pour la faire, il faut attendre de 5 à 15 minutes pour qu'elle ait le temps d'agir. Par conséquent, c'est un quart d'heure à une demi-heure après que l'anesthésie a été commencée, que le chirurgien interviendra. Déjà Reclus a dit : « Attendre est un commandement des plus impérieux de la méthode. Si vous ne pouvez attendre, renoncez à la méthode, ou mieux, éduquez un élève qui connaîtra à fond votre technique opératoire et qui sera votre anesthésieur ». Mais, le fait de perdre 10 minutes ou un quart d'heure avant d'opérer est un inconvénient minime, en proportion des avantages qu'il peut donner au patient.

En second lieu l'anesthésie locale nécessite une technique opératoire plus douce. Il est évident qu'il faut éviter et supprimer de l'acte opératoire toute traction violente, toute action brutale, qui, s'exerçant sur les nerfs, au-delà de la zone anesthésiée, y provoque, à distance, une sensation qui sera désagréablement perçue par l'opéré.

Parmi les inconvénients de l'anesthésie locale, il faut encore mentionner que celle-ci, faite même dans les meilleures conditions, n'est pas toujours parfaite. Certains malades se plaignent à un moment donné de l'opération, de « sentir », car ils confondent le tact avec la douleur. D'ailleurs il faut toujours tenir compte, dans une certaine mesure, du psychisme du malade, dont les susceptibilités ne sont pas toujours à prévoir d'avance.

Mais, comme nous voyons, ces quelques inconvénients ne sont tous que d'un ordre tout à fait secondaire par rapport aux avantages incontestables que présente cette méthode.

D'autre part, dans le cas où l'anesthésie locale se révèle insuffisante au cours de l'intervention, soit parce que l'opération s'avère plus étendue que l'on ne le prévoyait, soit parce que le malade, particulièrement susceptible, souffre trop et empêche le chirurgien de poursuivre sa tâche, on peut avoir recours à l'anesthésie mixte. Celle-ci consiste en l'administration de quelques bouffées de chloroforme ou d'éther. Bien entendu, l'objection qui vient première à l'esprit est celle d'accumuler les difficultés et les dangers de deux anesthésiques, lorsque, une seule, l'anesthésie générale, suffit. C'est Reclus lui-même qui a répondu à tous ces reproches au cours d'une séance de l'Académie de Chirurgie :

« ...J'ose plaider, au nom des beaux succès que j'ai obtenus dans une pratique vieille de vingt-cinq ans. D'ailleurs, si nous serrons le problème de près, nous voyons que l'idée n'est pas déraisonnable. Prenons un gros ventre soulevé par une tumeur dont nous connaissons mal les connexions profondes. Nous ferons à la novocaïne-adréraline une laparotomie exploratrice et de deux choses l'une : ou elle révélera l'existence d'une tumeur mobile et on l'extirpera à l'anesthésie locale, ou elle nous montre des adhérences dont la libération sera délicate et douloureuse. On administre alors deux ou trois bouffées de chloroforme et aussitôt, sans période d'excitation, en quelques secondes, la narcose est acquise : sans avoir quitté le bistouri, on passe de l'une à l'autre anesthésie.

» On profite de la narcose pour détruire les adhérences, pour extérioriser la tumeur, pour lier et sectionner le pédicule, et cette besogne faite on supprime l'inhalation et l'on continue l'opération sous l'analgésie persistante de la novocaïne-adrénaline. Or, ici, dans ces cas, l'anesthésie générale ne fait courir aucun danger : au contraire de ce qu'on observe d'ordinaire, l'hypnose a été immédiate et l'on n'a pas eu à affronter les graves réflexes du début, ce qui n'est pas un médiocre avantage. D'autre part, la dose du poison absorbé a été minime, et l'on évite les lésions qui frappent si gravement les viscères, ces désintégrations des éléments anatomiques, du poumon, de l'estomac, du foie et du rein. »

INDICATIONS -- CONTRE-INDICATIONS

En considérant les gros avantages et les faibles inconvénients de l'anesthésie locale, on serait tenté de conclure qu'elle est une méthode de choix et devrait être employée le plus souvent possible. A quoi bon imposer au malade une dose même petite d'un toxique quelconque, dont l'action néfaste ne peut jamais être exactement prévue ni parée, si on peut l'opérer sous-anesthésie locale ne comportant aucun de ces risques.

On pourrait croire que l'anesthésie locale est toujours préférable à toute autre méthode et, par conséquent, toujours indiquée.

Or, pour les petites opérations, les incisions, quelles qu'elles soient, il n'y a plus de discussion; il est évident qu'une simple injection de novocaïne-adréraline est le meilleur des procédés. Dans le domaine de la gynécologie, c'est la colpopérinéorraphie qui en est le meilleur exemple. Les avantages de l'anesthésie locale y sont immenses: la sécurité, l'absence absolue de douleurs, la facilité du décollement de la muqueuse; le champ opératoire est étanche et on y voit avec une netteté parfaite les faisceaux du releveur que l'on suture.

Quant aux laparotomies; l'anesthésie locale peut y être indiquée dans certaines conditions, chez les diabétiques, les artério-scléreux en état d'accidents, mais pour certaines opérations seulement. La laparotomie exploratrice peut constituer en elle-même une contre-indication si elle exige des manœuvres d'exploration intra-abdominales étendues. Dans le cas de Schwartz,

publié en 1914, où il s'agissait d'un cancer du côlon transverse, il était à craindre que si l'on n'avait pas trouvé de suite la tumeur, il eut fallu suivre avec les doigts tout le trajet du gros intestin, depuis le cæcum jusqu'à l'angle hépatique, puis jusqu'à l'angle splénique, caché au fond de l'hypocondre, après qu'au début on aurait commencé par explorer la cavité pelvienne.

Si l'exploration se limite à une région, telle que la cavité pelvienne par exemple, la laparotomie exploratrice sous anesthésie locale peut être indiquée. L'anesthésie locale, pour les opérations définies, bien réglées, bien localisées, sans exploration abdominale nécessaire, peut être recommandée, notamment pour la gastrostomie, l'établissement ou la fermeture d'un anus contre-nature, la cystotomie, certaines hernies, et, comme le précise Thiery, pour un kyste de l'ovaire pédiculé, bien mobile.

On peut encore aller au-delà, faire par exemple une résection de l'estomac; mais il ne faut pas non plus s'engager trop loin dans cette voie; pour qu'elle soit valable et pratique, l'analgésie doit être complète, il faut que le malade ne souffre pas: s'il doit geindre, si de temps en temps il doit se contracter, crier, faire quelques mouvements de défense, l'intervention s'en ressent, elle est limitée. S'il faut renoncer, par crainte d'une traction viscérale douloureuse, à une exploration utile, il est beaucoup plus logique et bien plus inoffensif de recourir à la rachi-anesthésie ou à l'anesthésie générale.

L'anesthésie locale doit être rejetée alors, car elle est nuisible au malade, nuisible en ce qu'elle ne permet pas l'opération complète et nuisible parce qu'elle provoque chez l'opéré qui se défend, un choc.

Il faut bien savoir que l'exploration abdominale n'est plus seulement une incision exploratrice. Toutes les fois que l'on opère une femme atteinte d'appendicite, on regarde du côté de l'utérus et des annexes s'il n'y a pas quelque lésion; toutes les fois que l'on fait une large laparotomie exploratrice sous ou sus-ombilicale, on examine toujours systématiquement les viscères voisins. L'anesthésie locale, dans ces cas, lie les mains au chirurgien, le prive de la possibilité d'une sécurité importante; on n'a donc plus le droit de risquer, par une exploration insuffisante, des suites opératoires incertaines.

Mais, pour les opérations abdominales bien réglées, à champ restreint et défini, l'anesthésie locale peut être très avantageusement employée et constitue, certes, une méthode infiniment moins dangereuse que les autres.

Il en est de même pour les opérations gynécologiques. Quand on intervient pour les affections dont le diagnostic ne fait aucun doute, dont l'étendue est plus ou moins limitée, ou dont les limites sont connues, l'anesthésie locale peut rendre de grands services.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, toutes les interventions sur le périnée et sur les organes génitaux externes, ne doivent être effectuées à l'heure actuelle, que sous l'anesthésie locale.

Les interventions gynécologiques intra-abdominales d'importance moyenne, comme par exemple l'ablation d'un petit kyste de l'ovaire peuvent être effectuées sous-anesthésie locale, bien que son emploi y soit moins de rigueur.

Lorsqu'il s'agit d'extirpation d'un kyste de l'ovaire volumineux, opération très grave et choquante par elle-même, notre Maître, M. le professeur Aimes, préconise

l'intervention en deux temps : un premier temps, consistant dans l'évacuation et la fixation à la paroi, un deuxième temps dans l'ablation du kyste ; le premier et souvent le second temps de cette intervention peuvent se faire sous l'anesthésie locale.

Mais, en ce qui concerne les hystérectomies, il nous semble plus logique de considérer les indications de l'anesthésie locale comme relevant des contre-indications des autres méthodes anesthésiques.

Dans l'observation n° I que nous rapportons au début de ce travail, on a pratiqué l'intervention sous-anesthésie locale qui a permis de mener à bien, avec facilité, une opération grave qui ne pouvait être faite sous-anesthésie générale à cause de la congestion étendue aux deux poumons avec dyspnée marquée. Peut-être aurait-on pu faire une rachi-anesthésie, mais celle-ci pouvait être dangereuse à cause de l'altération grave de l'état général avec hypotension ; elle pouvait être inutile si la tumeur s'était révélée inextirpable et elle n'aurait pas donné plus de facilité à l'opérateur.

L'aisance avec laquelle on a pu mener l'intervention et le succès qui l'a suivie, nous montrent que ce cas là remplissait toutes les indications nécessaires pour la mise en œuvre de l'anesthésie locale.

Certes, il ne faut pas, en se basant sur cette observation particulière, généraliser l'emploi de l'anesthésie locale en gynécologie. Son opportunité est, on le conçoit aisément, fonction d'un nombre important de facteurs. C'est pourquoi nous nous rangeons volontiers du côté du professeur Forgue qui, dans son *Précis d'anesthésie locale en chirurgie*, dit : « En gynécologie, l'extirpation de tumeurs de la vulve et du vagin, les opérations sur le

col utérin, la colpoperinéorraphie, pour restauration périnéale peu compliquée, sont les interventions que la locale permet d'exécuter.

» Mais, il ne faut point, en chirurgie abdomino-pelvienne dépasser les bonnes réalisations de la locale. Quand l'ampleur de la zone opératoire rend son infiltration totale dangereuse par les doses, ou compliquée par le ralentissement de l'opération, on peut se proposer d'accroître les possibilités de la locale par l'anesthésie tronculaire des nerfs rachidiens. Mais, pratiquement, devant le progrès actuel de la narcose d'inhalation et de la rachi-anesthésie, c'est entre ces deux méthodes qu'alors le choix doit se limiter. »

Quant aux observations n° II et n° III, l'indication de l'anesthésie locale y était aussi formelle que pour la première. Dans l'observation n° II, la malade, vu son âge et son état général, n'aurait pas pu supporter une anesthésie générale. L'opération fut menée à bonne fin sans difficultés, les suites ont été normales, mais malheureusement la malade fut emportée par une broncho-pneumonie, un mois après l'intervention.

Dans la troisième observation, l'état du cœur de la malade atteinte d'une myocardite avérée, ne permettait que l'emploi de l'anesthésie locale. Ici, comme dans la première observation, cette méthode anesthésique a permis une intervention aisée suivie d'une guérison rapide et complète.

TECHNIQUE

Anesthésie de base

L'anesthésie de base qui consiste en l'administration au malade, peu de temps avant l'opération, d'un hypnotique, est surtout indiquée quand on envisage une intervention sous-anesthésie locale, bien que, très souvent, on la pratique également avant l'anesthésie générale ou rachidienne.

Le produit actuellement employé par beaucoup d'auteurs est le Duna 13 qui contient la morphine, la scopolamine et l'éphédrine. On en injecte une ampoule deux heures avant l'intervention et une deuxième une heure plus tard. Cette anesthésie de base rend le malade plus ou moins inconscient, le met en état d'obnubilation, lui donne la tendance à dormir. L'anesthésie locale effectuée par la suite a d'autant plus de chances de réussir.

Anesthésie locale

a) *Anesthésie de la paroi.* — L'anesthésie locale de la paroi abdominale en vue d'une laparotomie est facile à réaliser et sa technique ne comporte aucune particularité pour les interventions gynécologiques. On se sert d'une solution de novocaïne à 1 % additionnée de 10 gouttes d'adrénaline au centième.

Il faut d'abord très soigneusement, plan par plan, pratiquer le « blocage » de la paroi abdominale (peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles abdominaux) en

donnant à l'infiltration une zone large en bande trapézoïde, les deux côtés, joints, formant figure de losange.

Alors que l'infiltration sous-cutanée et aponévrotique sont linéaires ou « en lisière » étroite, l'aiguille pique en série verticale l'aponévrose pour analgésier la gaine postérieure des grands droits qui est incisée sans douleurs; de chaque côté, à 5 ou 6 centimètres, on fait ainsi une première infiltration des muscles, qui facilite l'éversion des deux lèvres de l'incision saisies par les pinces à griffes. Puis on pratique, pour la parfaire, sur chaque versant ainsi retourné — donc par la face profonde — cinq à six ponctions dans le tissu conjonctif sous-péritonéal et dans le muscle. Forgue recommande de soigner tout particulièrement l'infiltration des deux angles, supérieur et inférieur, du losange.

De la qualité de cette infiltration de la paroi vont dépendre la commodité et la docilité de l'écartement et la confiance de la malade dans l'absence de douleurs. C'est elle aussi qui assure la durée suffisante de l'insensibilisation: il arrive que celle-ci s'épuise vers la fin de l'opération, au moment des sutures, surtout vers l'angle inférieur. De là la nécessité de l'infiltration complémentaire de ce temps final.

b) *Anesthésie viscérale*. — Différentes méthodes et différentes techniques ont été préconisées pour anesthésier les viscères pelviens en vue d'une intervention gynécologique. Comme les viscères sont peu sensibles à condition de n'exercer aucune traction trop forte sur eux, certains auteurs, après l'anesthésie de la paroi, pratiquent des interventions sur les viscères pelviens sans les infiltrer à leur tour. C'est ce qui s'est produit dans l'observation n° III où on a pratiqué une hysté-

rectomie subtotale, et où les tiraillements provoquèrent quelques plaintes de la malade qui, néanmoins, a très bien supporté l'intervention. La section utérine fut indolore.

Dans des cas de tumeur pédiculée, en particulier dans le cas de kyste de l'ovaire qui, comme nous l'avons dit plus haut, constitue l'indication majeure de l'anesthésie locale en gynécologie, il suffit d'infiltrer le pédicule sans injecter les viscères en connexion; le pédicule étant anesthésié, peut être facilement écrasé et lié sans douleurs.

Restent les grandes interventions gynécologiques, les hystérectomies totales dont nous rapportons deux cas. L'anesthésie viscérale locale, consiste ici à injecter la novocaïne dans les paramètres et, s'il y a lieu, dans le ligament infundibulo-pelvien. Cette manière de procéder a été préconisée par Székely qui, en plus, infiltre le paramètre par voie vaginale avant même de commencer l'anesthésie de la paroi abdominale.

L'infiltration du paramètre et du ligament rond de l'utérus sera parfois utile en tant que procédé thérapeutique dans certaines affections génitales douloureuses, ainsi que dans certaines interventions faites sous-anesthésie générale et qui présentent, par la suite, des troubles réflexes graves. Tel est le cas de l'hystéropexie abdominale effectuée sous-anesthésie générale, dans laquelle on peut supprimer tous ces réflexes graves en infiltrant le ligament rond avant de fixer l'utérus à la paroi. Les suites opératoires en sont, par contre-coup, bien meilleures.

CONCLUSION

I. — Parmi les anesthésies, la locale est de beaucoup la moins dangereuse, la moins toxique et la moins choquante. Son emploi sera à peu près systématiquement indiqué dans toutes les interventions gynécologiques basses (colpopérinéorraphie, kyste du vagin, etc...).

II. — En gynécologie haute, par voie abdominale, les indications de l'anesthésie locale seront assez restreintes et bénéficieront de toutes les contre-indications de l'anesthésie générale et de la rachi-anesthésie. L'anesthésie locale constituera une ressource précieuse chez certaines malades dont l'état général ne permet d'envisager aucun autre mode d'anesthésie.

III. — La technique de l'anesthésie locale en gynécologie abdominale est très simple et consiste d'abord en une infiltration de la paroi et ensuite en une infiltration viscérale après laparotomie sous-ombilicale.

L'anesthésie de base au Duna 13 avant l'intervention constituera toujours un complément précieux à l'anesthésie locale en réalisant une meilleure résolution musculaire et une insensibilité plus parfaite.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — Usage de l'anesthésie locale en chirurgie générale. *Améric. Journ. of Surgery*, 48, p. 525-531, juin 1940.
- AIMES. — Hystérectomie totale sous-anesthésie locale. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier*, 20 février 1942.
- ALLEN. — Local and regional anesthesia. *Philadelphia and London*, 1915.
- BANSILLON et BUCHER. — L'anesthésie locale du périnée au cours des interventions obstétricales. *Rev. de Gynéc. et Obst.*, p. 858-864, 1936.
- BERTOLA. — Anesthésie locale et régionale dans les interventions gynécologiques nécessitant une laparotomie. *Prensa Med. Argentina*, an. 26, p. 2218-2224, 15 novembre 1939.
- BLOCH, ROLLAND et VIEILLEFOSSE. — Injections intra-veineuses de scopolamine, morphine, narcotine et éphédrine pour compléter l'action des substances utilisées en anesthésie locale. *Anesthés. et Analgésie*, 3, p. 484-513, novembre 1937.
- BRAUN. — Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Anwendung. Leipzig, Barth, 1905.
- BROUHA. — L'anesthésie en gynécologie. *Rev. de Gynécologie et Obstétrique*, p. 515-517, 1939.
- BRUMMER. — Historique et développement de l'anesthésie locale. *Fortschr. d. Therap.*, 14, p. 208-215, avril 1938.

- EMMERICH. — Le choix de l'anesthésie en gynécologie. *Zentrabl. f. Gynäk.*, p. 1071-1076, 13 mai 1939.
- EMMERT et SCHMIDT. — Anesthésie locale, *Anesth. et Analgésie*, sept.-oct. 1939.
- FALLS. — *Americ. Journ. of Obst. and Gynec.*, septembre 1930.
- FIGARELLA. — *Bull. Soc. Gynéc. et Obst.*, 28, p. 530-533, 1940.
- FIOLLE. — Contre les abus des anesthésies locales. *Journal du Praticien*, n° 25, p. 385, juin 1941.
- FORGUE. — *Précis d'Anesthésie chirurgicale*. Coll. Testut, Doin, édit., 1942.
- FRIGYESI. — Technic of local anesthesia and experiences in gynecologic abdominal operations. *Journ. of Obst. and Gynaec., Brit. Emp.*, p. 91-106, février 1939.
- GESA DE TAKATS. — *Local anesthesia*. Philadelphia and London, 1928.
- HESSE, LENDLE, SCHOEN. — *Allgemeine Narkose und örtliche Betaubung*, 1934.
- HERTZLER. — La technique de l'anesthésie locale. Mosby, 1937.
- KAHR. — Choix de l'anesthésie en gynécologie. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n° 1, p. 8-11, 1937.
- MAYER. — Anesthésie en chirurgie gynécologique. *Brux. méd.*, p. 780-785, 23 avril 1939.
- PAUCHET, SOURDAT, LABOURE. — *L'anesthésie régionale*. Doin, édit., 1917.
- PINARD. — Un analgésique intraveineux complémentaire de l'anesthésie locale. *Thèse Paris*, 1936.
- RECLUS. — L'anesthésie localisée en chirurgie abdominale. *Compte rendu de la Soc. de Chir.*, 1^{er} juillet 1914.

SCHWARTZ. — L'anesthésie localisée en chirurgie abdominale. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XL, n° 22, p. 783, 10 juin 1913.

SARNELLI. — L'anesthésie locale dans les opérations gynécologiques. *La Clinica Obstét.*, 38, p. 361-368, juillet 1936.

SZEKELY. — *Zentralbl. f. Gynak.*, 21 mars 1931.

WAGNER. — *Zentralbl. f. Gynak.*, 23 mars 1940.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	12
OBSERVATIONS	16
AVANTAGES	22
INCONVÉNIENTS	25
INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS	28
TECHNIQUE	33
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

L'anesthésie locale en gynécologie

par **DEIXONNE (Louis)**

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 12 juin 1943.

Le Professeur,

AIMES.

Vu:

Montpellier, le 15 juin 1943.

Le Doyen:

G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 15 juin 1943.

Le Recteur:

Jean SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme
propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni
improbation.

